MAY 30 1922

Aus der chirurgischen Klinik der Universität
zu Königsberg i. Pr.
Direktor: Professor Dr. Kirschner.

Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von den periostalen, nicht perforierenden Sarkomen des Schädeldachs.

Inaugural-Dissertation

der

**medizinischen Fakultät der Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.**

zur

Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Leo Buchholz
approb. Arzt
aus Kerwienen, Kreis Heilsberg.

KONIGSBERG I. PR.
Buchdruckerei Otto Kümmel
1920.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

Referent: Herr Professor Dr. Kirschner.

Zusammenfassung.

Soweit die sarkomatösen Erkrankungen des Schädeldachs in der Literatur beschrieben sind, handelt es sich fast stets um perforierende Tumoren. In dieser Arbeit ist nun ein Fall eines periostalen Sarkoms von außerordentlicher Größe beschrieben, bei dem es nicht zum Durchbruch in das Schädelinnere gekommen ist. Es betrifft ein 15jähriges Mädchen, das zu Anfang des Jahres 1914 am Hinterkopfe eine etwa erbsengroße, weiche Geschwulst bemerkte, deren Wachstum trotz mehrfacher Operation nicht zum Stillstand kam. Im Januar 1920 hatte der Tumor Kindskopfgröße erreicht, so daß die Kranke die chirurgische Klinik aufsuchte. Beschwerden waren nicht vorhanden. Der Umfang der Neubildung betrug an der Basis 48 cm; in der Breite maß sie 13 cm, in der Länge 18 cm, in der Höhe 10 cm. Bei der Radikaloperation wurde die Wucherung im Übergange in die normale Haut umschnitten, wobei eine starke Blutung auftrat. Während nun die Geschwulstmasse von der knöchernen Schädeldecke stumpf abgetragen wurde, zeigte sich, daß im Schnittraume des Tumors Geschwulstteile in den Knochen eingewuchert waren. Infolge des starken Blutverlustes kollabierte die Patientin, so daß die Operation nach Entfernung der Tumormasse abgebrochen werden mußte. Fünf Wochen später wurde die erkrankte Knochenpartie bis auf eine $1^1/_2$ cm breite Brücke cirkulär umschnitten und acht Tage später entfernt. Die innere Knochentafel zeigte keine krankhaften Veränderungen; es bestanden keine Verwachsungen mit der Dura mater. Der durch die Operation in der Schädelkapsel entstandene Defekt betrug in seiner Länge 18 cm, in der Breite 13 cm. Die extirpierte Geschwulst erwies sich als ein sehr blutreiches, derbes Spindelzellensarkom von 950 g Gewicht, das in den mehr der Basis zugelegenen Partien Knochenbälkchen enthielt. Die Haut war nach dem Scheitelpunkt zu stark verdünnt, aber nicht durchbrochen.

Nach dieser eingreifenden Operation erholte sich Patientin bald (Zunahme des Körpergewichts 15 kg) und wurde nach Deckung des Schädeldefekts mit Thier-

schen Läppchen mit einer Schutzkappe aus Aluminium Anfang August 1920 vollkommen beschwerdefrei aus der Behandlung entlassen. Von Rezidiven oder Metastasen war nichts zu bemerken. Doch schon Ende September 1920 suchte Patientin wegen Schmerzen im linken Beine und in der Lendengegend erneut die Klinik auf. Bei der vaginalen Untersuchung wurde im Douglas hinter dem Uterus ein faustgroßer Tumor von glatter Oberfläche und harter Konsistenz festgestellt, der nur als Sarkommetastase anzusprechen war. Infolge schnell vorwärtsschreitenden Wachstums kam es bald zu Druckerscheinungen von seiten der Blase und des Rectums. Der Schädel wies kein Rezidiv auf. Infolge Inoperabilität der Metastase trat Ende Oktober 1920 der Tod ein.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung der Schädelgeschwulst ergab als Ausgangspunkt für die Wucherung das Periost. Prognostisch konnte man den Fall zur Zeit der ersten Entlassung aus der Behandlung recht günstig beurteilen, so daß der Radikaloperation der lokale Erfolg nicht abzusprechen ist. Die später einsetzende Komplikation im Becken zeigt, daß die Prognose im allgemeinen auch bei den gewöhnlich weniger bösartig auftretenden Spindelzellensarkomen des Schädelgewölbes trotz gründlicher Entfernung alles krankhaften Gewebes eine recht ungünstige ist, selbst wenn der Tumor ein mehr einseitiges Wachstum aufweist und es nicht zur Perforation in das Schädelinnere kommt. Mit einem günstigeren Ergebnis wird man im allgemeinen nur bei einer Radikaloperation im Anfangsstadium der Wucherung rechnen dürfen, wenngleich auch dann Rezidive und Metastasen nicht immer ausbleiben. Trotzdem werden diese schlechten Aussichten den Operateur nicht ohne weiteres dazu bestimmen, von einer Radikaloperation im gegebenen Falle abzusehen; wenn der Status nur einigermaßen die Hoffnung auf einen Erfolg zuläßt, wird man stets den operativen Weg einschlagen.

Die Arbeit kann im Original aus der Universitätsbibliothek entliehen werden.